

de M. Guérin on évite la formation de ce corps charnu ; selon Bonnet, mieux vaut s'exposer à le voir se former que de risquer de diviser incomplètement le muscle rétracté.

*Déviations de l'œil en sens inverse.* Elle est immédiate ou ne survient que quelques jours après l'opération. Dans ce dernier cas elle est peu sensible et se dissipe constamment d'elle-même. Dans le premier cas, si elle est légère, elle peut disparaître également ; mais si elle est prononcée, elle tend à persister. On peut recourir à l'emploi de lunettes dont le verre est mat dans le sens de la déviation nouvelle, ou bien couvrir l'œil opposé pendant quelques jours. Si ces moyens n'ont pas réussi au bout d'une semaine, il faut y renoncer et diviser le muscle qui produit la déviation consécutive, opération que nous aimons mieux faire immédiatement. On n'observe pas le strabisme interne à titre de strabisme consécutif, les muscles obliques, qui sont congénères du droit externe, comme l'a démontré Bonnet, suffisant à maintenir l'œil en dehors quand le droit externe a été coupé. Par la même raison, la section de ce dernier peut ne pas suffire au redressement de l'œil consécutivement dévié, et Bonnet a coupé dans ce cas le petit oblique. Ces deux sections peuvent être elles-mêmes infructueuses. Mais ce cas doit être extrêmement rare, et nous ne l'avons observé qu'à un degré si léger qu'il était difficile de le remarquer.

*Exophtalmie.* Quand on n'a coupé qu'un muscle, on observe une simple saillie de l'œil, et la déféctuosité est toujours un peu apparente ; on l'évite complètement en opérant en même temps les deux yeux, et dans le cas où ceux-ci étaient fortement cachés dans leurs orbites, la physionomie y a quelquefois gagné. L'exophtalmie est toujours considérable quand on a coupé trois, quatre ou cinq muscles, et donne quelquefois aux opérés un aspect affreux. Il vaudrait infiniment mieux se résigner à avoir fait une opération infructueuse que de s'exposer, par des sections aussi multipliées, à substituer au strabisme une difformité mille fois plus choquante.

*Formation d'un creux dans l'angle interne de l'œil.* La formation de ce creux se lie intimement, selon nous, à la saillie de l'œil ; l'angle paraît plus creux parce que l'œil est plus saillant. On comprend qu'une trop large dissection, par cela seul qu'elle favorise la saillie de l'œil, peut donner lieu au défaut que nous signalons.

*Étrangeté du regard.* Les yeux ne sont pas fixes ; ils ont quelque chose d'étrange, de distrait et semblent ne pas regarder. Ce phénomène est assez commun à la suite de l'opération du strabisme, mais ne persiste pas habituellement.

*Tremblement convulsif des yeux.* Bonnet l'a observé deux fois. L'œil se mouvait rapidement de droite à gauche et de gauche à droite. Au bout de huit à dix jours, ce spasme avait complètement disparu. Chez un malade qui nous a présenté ce mouvement oscillatoire des globes oculaires avant l'opération, la section des muscles droits interne et externe ne le fit pas cesser, mais le strabisme, qui était double, fut parfaitement guéri.

*Diplopie.* Dans les premiers jours, tous les objets sont parfois vus doubles. Cet accident se dissipe le plus souvent d'une manière spontanée. La diplopie coïncide généralement avec un défaut de parallélisme dans les axes visuels, et l'on donne le conseil de diviser le muscle qui cause la déviation. Trois fois Bonnet a réussi de cette manière. Mais la vue double peut persister, malgré la nouvelle opération, comme dans un quatrième cas de ce chirurgien. C'est là un inconvénient sérieux, car la diplopie est une incommodité très-fatigante et qui ramène le strabisme.

Dans un cas de strabisme double et convergent, existant depuis une dizaine d'années, survenu vers l'âge de trente ans à la suite d'une affection nerveuse simulant une sorte de chorée, M. Sédillot divisa les deux muscles sans faire cesser la déviation, et, par un accident qu'on n'aurait pu prévoir, un des yeux se porta en haut et l'autre en dedans. La diplopie en fut le résultat et incommoda beaucoup le malade, qui ne pouvait regarder les objets qu'en fermant un des yeux. Mais peu à peu les globes oculaires reprirent leur position normale, et la vue se rétablit complètement en même temps que toute trace de strabisme disparut.

*Récidive.* Il semble certain que l'on n'a pas à craindre de récurrence quand le muscle a été complètement divisé, et que les exemples de récurrence qui ont été cités étaient dus à ce que l'on avait laissé intactes quelques fibres du muscle rétracté. En d'autres termes, lorsque l'œil a été positivement redressé, il n'est pas possible qu'il se tourne consécutivement dans le sens de sa première déviation. Telle est du moins l'opinion formelle de Bonnet, et elle est confirmée par notre propre expérience. Lorsque la déviation persiste, il faut recommencer l'opération le plus tôt possible.

*Avantages de l'opération.* Ils ont dépassé les espérances des chirurgiens. On n'avait voulu que remédier à une déféctuosité, et l'on a guéri en même temps une infirmité. Un grand nombre de louches, en effet, ont la vue très-faible et parfois comme abolie d'un côté. Or les ambliopiques recouvrent souvent la plénitude de la faculté visuelle à la suite de l'opération du strabisme. L'influence heureuse de cette opération sur la myopie et la fatigue des yeux

nous occupera tout à l'heure. La diplopie et le mouvement oscillatoire des yeux qui ont suivi dans quelques cas la myotomie oculaire sont, quand ils coexistent avec le strabisme, souvent corrigés par cette opération.

**Opérations propres à remédier à quelques accidents de la myotomie oculaire.** On a proposé, pour remédier à la saillie oculaire résultant assez ordinairement de la myotomie oculaire lorsque la capsule a été incisée dans une grande étendue, les deux opérations suivantes :

*Procédé de M. Cunier.* Excision d'un pli de la conjonctive et de l'aponévrose subjacente, suivie de la suture.

*Autre procédé.* Rafraîchir les bords palpébraux dans une certaine étendue à partir de la commissure externe et les réunir au moyen d'une suture. Une telle opération ne ferait qu'ajouter une difformité à la première.

*Procédé de M. Guérin dans le cas de déviation de l'œil.* Le droit interne ayant été coupé, sur une jeune fille, pour un strabisme interne, l'œil se dévia en dehors; on réséqua en vain le droit externe; M. Guérin, après avoir détruit les nouvelles adhérences de ce muscle, mit à nu le bout du droit interne, pour le faire adhérer plus antérieurement, à la sclérotique, passa un fil dans l'épaisseur de la membrane albuginée, près du bord externe de la cornée, et porta l'œil en dedans. Le fil fut fixé sur le nez avec une mouche de diachylon. L'opération réussit.

Nous avons vu un cas de strabisme interne, fort ancien et très-prononcé, dans lequel, après la section du muscle droit interne, l'opérateur, craignant que le muscle antagoniste ne fût en partie paralysé, essaya de le suppléer en passant au travers de la conjonctive un fil qui servit à tirer l'œil en dehors, et qui, sur la proposition de M. Marchal (de Calvi), fut fixé autour du pavillon de l'oreille. Ce moyen auxiliaire n'eut aucun résultat avantageux.

*Appréciation générale.* La myotomie oculaire restera un des meilleurs moyens de guérison du strabisme, et en opérant les deux yeux, comme nous le conseillons, on obtiendra des résultats excellents toutes les fois que les yeux seront de même force et que le strabisme n'aura pas été la suite d'une déviation instinctive et spontanée pour remédier à l'amblyopie. Le discrédit dans lequel semble être momentanément tombée cette opération tient à l'ignorance de beaucoup de ceux qui l'ont pratiquée. Chacun, en raison de la facilité des procédés, s'est cru en état de l'entreprendre, et les insuccès sont devenus nombreux et proportionnels aux contre-indications dont on ne tenait aucun compte. Aujourd'hui que le pu-

blic n'est plus entraîné par une foi aveugle, la science reprendra ses droits, et la myotomie oculaire, régulièrement appliquée dans les cas où l'indication en existe, continuera à donner de beaux succès.

Depuis quelques années, des oculistes et des savants distingués, MM. Mackensie, Kurke, Giraud-Teulon, E. Javal, ont cherché à combattre le strabisme dépendant d'une anomalie de réfraction, par l'emploi méthodique de verres appropriés et du stéréoscope; ils ont obtenu quelques succès. Mais il est évident que l'orthophtalmie ne peut réussir que dans les cas de strabisme récent ou périodique et qu'elle doit rester impuissante à guérir ou à modifier le strabisme ancien et permanent dans lequel le muscle raccourci, devenu inextensible, n'est plus justiciable que de la ténotomie.

**Extension des procédés de l'opération du strabisme. Myopie.** M. Phillips a proposé, le premier, de pratiquer l'opération du strabisme pour la myopie. Ayant remarqué qu'à la suite d'opérations du strabisme, dans lesquelles il s'était cru obligé de diviser le grand oblique, la myopie avait cessé, il émit l'idée que la section de ce muscle guérirait probablement la myopie simple, c'est-à-dire sans strabisme. D'autres chirurgiens ont proposé ensuite, dans le même but, l'un, M. Guérin, de couper les muscles droits, l'autre, Bonnet, de couper le petit oblique; mais l'idée était trouvée et formulée, et ils n'ont fait qu'en varier l'exécution.

Quelles que soient aujourd'hui les révélations de l'ophtalmoscope sur l'état de la choroïde et de la partie postérieure de la sclérotique dans la myopie, deux sortes de faits prouvent l'influence de l'action musculaire sur la production de cette affection: d'abord les résultats des opérations de strabisme compliqué de myopie; ensuite les expériences de Bonnet, qui lui ont montré que les muscles de l'œil, en se contractant, augmentaient la convexité de la cornée. Les muscles peuvent produire cet effet *activement*, c'est-à-dire en se contractant; ou *passivement*, c'est-à-dire en bornant la dilatation de l'œil distendu par suite de l'augmentation des humeurs. Dans un cas comme dans l'autre on comprend que les sections musculaires pourront diminuer la compression de l'œil et conséquemment guérir ou diminuer la myopie.

Si l'on s'attaquait aux muscles droits pour faire cesser la myopie, il faudrait couper à la fois le droit interne et le droit externe sur chaque œil, ce qui donnerait une somme de quatre sections. Par la méthode de Bonnet, le nombre des sections est diminué de moitié, puisqu'on se borne à couper le petit oblique.